

eP2129**Síndrome coronariana aguda mimetizando miopericardite em um paciente com dor torácica atípica**

Ivana Trindade Sá Brito, Emanuel Baticini Montanari, Filipe Abtibol, Daniela Burguêz, Arthur Sardi Martins, Antônio Felipe Benini, Lucas Molinari Veloso da Silveira, Tales Ivan Freitas dos Santos, Luiz Antonio Nasi - HCPA

INTRODUÇÃO: O diagnóstico diferencial de dor torácica atípica é desafiador, pois a apresentação clínica e evolução do quadro podem contradizer manifestações sindrômicas clássicas. **OBJETIVOS:** Discutir dificuldades no diagnóstico diferencial entre pericardite e síndrome coronariana aguda (SCA) em um caso de dor torácica atípica. **MÉTODOS:** Paciente masculino, 36 anos, usuário de drogas, em tratamento para tuberculose (TB) há 5 dias chega à emergência com dispneia súbita e dor retroesternal que alivia ao inclinar o tronco. Eletrocardiograma (ECG) inicial mostra supradesnivelamento de segmento ST em parede ínfero-lateral, iniciando-se manejo para SCA; na chegada ao centro de referência, ausculta cardíaca revela atrito pericárdico, e ECGs seriados mostram evolução para supra de ST de padrão côncavo em derivações anterolaterais. Ecocardiograma sem alterações. Exames laboratoriais revelam elevação de troponina e proteína C reativa (PCR), leucocitose e trombocitose, sendo iniciada antibioticoterapia por suspeita de pericardite. Tomografia de tórax mostra doença aterosclerótica precoce e pericárdio normal. No terceiro dia evolui com inversão de onda T hiperaguda em derivações anterolaterais, nova elevação de troponina, e disfunção contrátil segmentar septoapical. Cineangiocoronariografia revela lesão grave proximal em descendente anterior. **RESULTADOS (DISCUSSÃO):** Pericardite é um quadro inflamatório do pericárdio com características como dor torácica aguda e pleurítica, que alivia com inclinação do tronco, atrito pericárdico e elevação difusa de segmento ST. Aumento de PCR e leucocitose também ocorrem, e TB ativa é um fator de risco importante. A SCA clássica apresenta dor torácica típica, ECG sugestivo e elevação de marcadores de necrose miocárdica. Há grande intersecção na apresentação de ambas as doenças, como troponina elevada em até 32% das pericardites e alterações similares no ECG. Enquanto um supradesnivelamento difuso de segmento ST de morfologia côncava, infradesnível PR, ausência de ondas Q e ondas T hiperagudas indicam miopericardite; um supradesnível de ST focal, com morfologia convexa, e presença de onda Q sugerem SCA. Nesse caso o quadro inicial favoreceu a impressão de miopericardite, mas a evolução atípica revelou o quadro isquêmico. Concluímos que impressões iniciais devem ser constantemente reavaliadas mesmo em apresentações clássicas e o conhecimento de características eletrocardiográficas e sua evolução é uma ferramenta importante para tal. **Palavras-chaves:** SCA, miopericardite, diagnóstico diferencial